

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1846

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

QUARTINI, ASCARI, AURIEMMA, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, SERGIO COSTA, DONNO, FEDE, FENU, FERRARA, ILARIA FONTANA, MORFINO, PENZA, MARIANNA RICCIARDI, TORTO

Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale

Presentata il 3 maggio 2024

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione Gimbe, nell'ambito del 5° e del 6° rapporto sul Servizio sanitario nazionale (SSN), ricordano che la crisi di sostenibilità dell'SSN coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del Fondo sanitario nazionale (FSN) si è progressivamente appiattita, in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento dell'SSN; secondo le analisi, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza dei tagli lineari alla spesa pubblica deliberati dalle manovre finanziarie che si sono succedute nel medesimo periodo, e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019,

quale effetto di un processo di progressivo definanziamento che, per il conseguimento di obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato all'SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati.

Successivamente, le leggi di bilancio per gli anni 2020, 2021 e 2022 hanno invertito tale tendenza con un incremento complessivo dell'FSN pari a 11,2 miliardi di euro, segnando un netto cambio di passo del finanziamento pubblico dell'SSN, che è cresciuto in media del 3,4 per cento annuo, con un tasso di crescita superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9 per cento) e certificando formalmente la fine della stagione dei tagli alla sanità; oltre alle predette manovre, dal mese di marzo 2020 al mese di settembre 2022 sono stati emanati ben dodici decreti-

legge che hanno stanziato risorse *ad hoc* per la gestione dell'emergenza da COVID-19, pari a complessivi 11.414,3 miliardi di euro.

A partire dal Documento di economia e finanza (DEF) 2022, tuttavia, a fronte di una prevista crescita media annua del prodotto interno lordo (PIL) nominale del 3,8 per cento nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è tornata a ridursi mediamente dello 0,6 per cento annuo e nel 2025 il rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL è addirittura precipitato al 6,2 per cento, al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia; la Nota di aggiornamento al DEF (NADEF) 2022 riduce ulteriormente il citato rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL al 6,1 per cento.

In riferimento alla manovra economica per il 2023 la Corte dei conti ha rilevato che la previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi in tal modo solo poco al di sotto di quella prevista per il 2022 (133,9 miliardi), confermando, dunque, che la spesa sanitaria, in termini di prodotto, è in riduzione nel prossimo biennio. La Corte dei conti ha stigmatizzato quindi il fatto che già dal 2024 il rapporto fra la spesa sanitaria e il PIL si porta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria (pari al 6,3 per cento), per ridursi nell'anno terminale (2025) ancora di un decimo di punto; la decrescita dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è un elemento preoccupante perché si traduce in « meno salute » e pone il nostro Paese al di sotto della media dei Paesi dell'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e al di sotto della soglia di accettabilità, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza sanitaria nonché sull'aspettativa di vita, come è stato già documentato da studi e ricerche in accreditati rapporti. Inoltre, tenuto conto che il rapporto con il PIL esprime il valore monetario (cioè al lordo dell'inflazione), in termini reali (scontando l'inflazione) si può stimare che un rapporto pari al 6,1 per cento del PIL nel 2023 sarà pari al 5,11 per cento nel 2025 qualora l'FSN non sia cor-

retto per l'inflazione, come non è accaduto per l'appunto nel 2023, nonostante un tasso di inflazione consolidata pari all'8,6 per cento; ciò rischia di collocare l'Italia dopo la Polonia (5,2 per cento) e prima della Turchia (4,9 per cento) per quanto concerne il rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL nei Paesi OCSE.

Come evidenziato dalle analisi della Fondazione GIMBE sul consuntivo 2023 e sulle stime per l'anno 2024 e per il triennio 2025-2027, quanto al consuntivo 2023, il DEF 2024 certifica per l'anno 2023 un rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,3 per cento e, in termini assoluti, una spesa sanitaria di euro 131.103 milioni, con una riduzione di oltre euro 3.600 milioni rispetto a quanto previsto dalla NADEF 2023 (euro 134.734 milioni); nel 2023, rispetto al 2022, la spesa sanitaria si è ridotta dal 6,7 per cento al 6,3 per cento del PIL e di euro 555 milioni in termini assoluti, a comprova che nel medesimo anno si è proceduto a un netto definanziamento in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (-0,4 per cento), facendo addirittura segnare un valore negativo della spesa sanitaria, il cui potere d'acquisto è stato anche ridotto da un'inflazione che nel 2023 ha raggiunto il 5,7 per cento su base annua.

Quanto al quadro previsionale 2025-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,1 per cento, il DEF 2024 stima al 2 per cento la crescita media annua della spesa sanitaria; il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4 per cento del 2024 al 6,3 per cento nel 2025-2026, al 6,2 per cento nel 2027 e rispetto al 2024, in termini assoluti, la spesa sanitaria nel 2025 sale a euro 141.814 milioni (+2,2 per cento), a euro 144.760 milioni (+2,1 per cento) nel 2026 e a euro 147.420 milioni (+1,8 per cento) nel 2027.

È evidente come la sanità pubblica non sia una priorità per l'attuale Governo e come si tenti di nascondersi dietro i numeri assoluti della spesa sanitaria che nulla dicono sulla realtà sanitaria del nostro Paese e sul rapporto spesa sanitaria/PIL che ne documenta, al contrario, un lento e inesorabile declino, collocando l'Italia prima tra i paesi poveri dell'Europa e ultima del G7.

Il quadro appena descritto necessita di risposte immediate, occorrono stanziamenti ingenti, in termini finanziari e di progettualità; al contrario il Governo continua a definanziare la sanità anche sottraendo quelle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che faticosamente sono state conquistate grazie al Governo Conte II, come ad esempio è avvenuto nell'ultimo decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56, cosiddetto « decreto-legge PNRR », duramente criticato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 5 aprile 2024, in cui sono state sottratte risorse per investimenti pari a 1,2 miliardi di euro che dovranno essere finanziati dalle regioni con risorse proprie ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, in materia di edilizia sanitaria, integrando il quadro economico dei progetti inseriti nei Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) già sottoscritti, senza prevedere risorse aggiuntive.

Nei programmi del Governo in carica non si evince un programma idoneo a tutelare e salvaguardare l'SSN pubblico e universalistico attraverso un recupero integrale di tutte le risorse economiche necessarie, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e soddisfacendo in modo più efficace le esigenze di pianificazione e di organizzazione nel rispetto dei principi di equità, di solidarietà e di universalismo, anche prevedendo che l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL sia in linea con i Paesi del G7 e che non sia, comunque, inferiore alla media europea. Conseguentemente, non si evince la volontà di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale, introducendo indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché un indice di deprivazione economica che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie, sottraendo la salute da qualsiasi progetto volto a conferire ulteriori forme di autonomia alle realtà regionali.

Analogamente, non si prospettano iniziative volte a rivisitare e aggiornare i LEA che anzi sono rinviati nella loro effettiva adozione per effetto del rinvio della vigenza del nomenclatore tariffario, né si evince un'azione strutturale di incremento delle risorse da destinare al funzionamento dell'SSN sotto il profilo delle risorse finanziarie e professionali, con particolare riferimento agli investimenti necessari per il personale sanitario, rimuovendone il tetto di spesa per le assunzioni a tempo indeterminato, al finanziamento dei cicli di specializzazione, della domiciliarità, della medicina territoriale nonché al rafforzamento della *governance* dei distretti socio-sanitari.

Permane il grave ritardo nell'erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste di attesa, cresciute esponenzialmente a seguito della pandemia di COVID-19; a tale riguardo, la Corte dei conti ha altresì rappresentato come ben quattordici regioni presentano prestazioni peggiori di quelle erogate nel 2019 con riferimento agli interventi cardio-vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro trenta giorni; solo di poco migliore risulta l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: le regioni che hanno peggiorato le loro prestazioni sono infatti dodici; si rileva inoltre che le prestazioni specialistiche erogate a livello ambulatoriale non hanno recuperato i livelli delle prestazioni effettuate nel 2019: nel primo semestre 2022 la media nazionale delle prestazioni erogate risultava inferiore del 12,8 per cento rispetto a quella dello stesso periodo del 2019 e ben tredici regioni si collocavano al di sotto di tale media.

Si accumula sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di *screening*, nonostante l'adozione di investimenti dedicati per quasi 1 miliardo di euro e la definizione di un piano nazionale per il recupero delle liste di attesa; il progressivo impatto del *long-COVID* ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo

organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore, senza considerare l'impatto sulla salute mentale fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani della popolazione, che fatica a trovare adeguate risposte assistenziali.

Come si evinceva già dal rapporto dell'Osservatorio GIMBE n. 2 del 2022 « Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità », a fronte di un SSN fondato su principi di equità e di universalismo, il nostro Paese presenta inaccettabili disuguaglianze regionali rispetto al mantenimento dell'erogazione dei LEA: occorre quindi restituire centralità e unitarietà all'SSN e superare l'attuale frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali, intervenendo per ricondurre in capo allo Stato, in via esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e una migliore equità nell'erogazione delle prestazioni nonché ottemperare, così, ai principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, in osservanza dell'articolo 32 della Costituzione.

Al fine di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale, è necessario intervenire sulla ripartizione dell'FSN, prevedendo che nell'attribuzione del valore ai diversi elementi si tenga conto anche di indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché si riconosca un peso non inferiore al 10 per cento sull'intera quota, all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica sulla base delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie.

Alla riduzione delle risorse economiche e alla compressione delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini, ulteriori criticità derivano dalle misure di contenimento della spesa per il personale sanitario che continuano a generare un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e l'insostenibilità dei turni straordinari, nonché una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a forme di lavoro flessibile e precarizzato anche in settori

molto delicati dal punto di vista assistenziale, dal pronto soccorso alla rianimazione, determinando un progressivo indebolimento della sanità pubblica che in tal maniera e in queste condizioni emergenziali non è più in grado di rispondere ai bisogni della popolazione e perde terreno in favore della sanità privata o della sanità integrativa. Il fenomeno dei cosiddetti « gettonisti », ossia i medici che prestano la propria opera su chiamata delle strutture sanitarie pubbliche, oltre a comportare l'inserimento in organizzazioni critiche come i dipartimenti di emergenza urgenza e accettazione (DEA) di personale non esperto del contesto specifico, con riguardo, ad esempio, alle specialità, ai percorsi di cura, alle dotazioni informatiche, tende anche a demotivare il personale dipendente delle strutture stesse, con la conseguente ulteriore perdita di professionisti esperti e il peggioramento del servizio.

Numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e come siano sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico: si fa sempre più dilagante la « fuga » dall'SSN verso le strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto alla partecipazione dovuta o comunque in tempi più rapidi rispetto alle liste di attesa del servizio pubblico.

La presente proposta di legge, che si compone di cinque articoli, intende dunque intervenire in materia di finanziamento e di risorse umane che configurano gli elementi chiave dell'SSN.

L'articolo 1 detta disposizioni per il finanziamento dell'SSN, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2025, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL non può essere inferiore all'8 per cento annuo; ai fini del riparto del Fondo sanitario nazionale, si prevede inoltre l'introduzione di indicatori ambientali, socioeconomici e culturali e dell'indice di deprivazione economica che tenga conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territo-

riali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie.

L'articolo 2 introduce misure per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie volte ad aggiornare i LEA, eliminando le prestazioni sanitarie obsolete, incrementando le necessarie risorse e prospettando la ridefinizione degli indicatori e dei parametri di riferimento relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, assicurando che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni indicatori e parametri siano fissi e altri variabili. Alle medesime finalità, si prevede la ridefinizione, in via sperimentale, del sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito dell'SSN, collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente. Si prevede infine di rivedere il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia

intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

L'articolo 3 reca disposizioni in materia di personale prevedendo che sia definita una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale degli enti dell'SSN ai fini della valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate e, conseguentemente, la disapplicazione della disciplina concernente il tetto di spesa del personale dei medesimi enti e del limite delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale medesimo. Nelle more di tale revisione si ampliano le possibilità assunzionali per le regioni e si prevedono specifiche risorse per assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nonché per i rinnovi contrattuali.

L'articolo 4 interviene in materia di riduzione delle liste di attesa prevedendo che il mancato rispetto dei tempi massimi di attesa, delle regole di trasparenza e tracciabilità nonché dell'equilibrio tra l'attività istituzionale e quella libero-professionale non consente l'accesso alle forme premiali e rappresenta un inadempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA.

L'articolo 5 prevede, infine, le disposizioni finanziarie.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Disposizioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale)

1. Al fine di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale, di garantire una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e di soddisfare in modo più efficace le esigenze di pianificazione e di organizzazione nel rispetto dei principi di equità, di solidarietà e di universalismo, a decorrere dall'anno 2025, l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo (PIL) non può essere inferiore all'8 per cento annuo. A decorrere dal medesimo anno 2025, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è in ogni caso aumentato su base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico, contraddistinto da una riduzione del PIL.

2. Al fine di superare la sperequazione esistente nel territorio nazionale nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, all'articolo 1, comma 34, primo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , ambientali, socioeconomici e culturali; inoltre, attribuisce un peso non inferiore al 50 per cento a valere sull'intera quota capitaria all'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica, tenendo conto delle carenze strutturali, delle condizioni geomorfologiche e demografiche presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie ».

Art. 2.

(Misure per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie)

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare entro cen-

tottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita ai sensi dell'articolo 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, si provvede a modificare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine di eliminare le prestazioni sanitarie obsolete.

2. A decorrere dall'anno 2025, per l'aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, l'importo di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementato di 400 milioni di euro annui.

3. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1 del presente articolo si provvede alla ridefinizione degli indicatori e dei parametri di riferimento relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 9, comma 2, lettera *a*), del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, assicurando che, per ciascun periodo di monitoraggio, alcuni indicatori e parametri siano fissi e altri variabili.

4. Al fine di garantire l'equità distributiva attraverso un efficace sistema di remunerazione e adeguati livelli della qualità dei servizi erogati nonché di ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse del Servizio sanitario nazionale e i casi di scelta delle procedure di selezione dei pazienti sulla base della minore complessità dei casi o dell'attribuzione di tariffe più remunerative, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le

province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, è ridefinito in via sperimentale il sistema del raggruppamento omogeneo di diagnosi, quale classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, collegando le tariffe anche ai risultati di qualità e di salute conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente.

5. All'ulteriore fine di rafforzare la resilienza del sistema sanitario nazionale dinanzi a nuovi eventi patologici epidemici o pandemici, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti, e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti.

Art. 3.

(Disposizioni in materia di personale del Servizio sanitario nazionale)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, è definita una nuova metodologia per la gestione, il contenimento del costo e la determinazione del fabbisogno di personale

degli enti del Servizio sanitario nazionale ai fini della valutazione dell'adeguatezza delle risorse utilizzate, tenendo conto di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in materia di definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale, e in coerenza con gli *standard* organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale. A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al primo periodo del presente comma cessa l'applicazione della disciplina in materia di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui agli articoli 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, nonché della disciplina sul limite complessivo delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

2. Al fine di consentire alle regioni una maggiore spesa per il personale degli enti del servizio sanitario regionale, fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 del presente articolo, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, i valori di cui all'articolo 11, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 30 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

3. Al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare e di personale convenzionato l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, è incrementata di 150 milioni di euro per l'anno 2024, di 300 milioni di euro per l'anno 2025, di 500 milioni di euro

per l'anno 2026 e di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale che è conseguentemente incrementato in misura corrispondente. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base dei criteri definiti dal medesimo decreto.

4. Al fine di contribuire agli oneri posti a carico del bilancio statale per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, per ciascun triennio contrattuale, al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un apposito fondo con una dotazione iniziale pari a 2 miliardi di euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Art. 4.

(Disposizioni per la riduzione delle liste di attesa)

1. Per la riduzione delle liste di attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute:

a) al rispetto dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa e individuati nei loro piani regionali di governo delle liste di attesa per tutte le prestazioni erogate nel proprio territorio;

b) a pubblicare, nel proprio sito *internet* istituzionale, l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera e i relativi tempi massimi di attesa;

c) ad assicurare la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. L'agenda di prenotazione, sia per il primo accesso sia per gli accessi successivi, è esclusivamente centralizzata, unica e regionale e comprende sia l'attività erogata a carico del servizio sanitario regionale sia l'attività libero-professionale intramuraria. Non è consentita l'attivazione di agende di prenotazione per struttura singola o per gruppo di strutture, pena la revoca dell'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

2. La struttura sanitaria privata accreditata non può gestire ovvero promuovere, in maniera congiunta, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime privatistico o di privato sociale e le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Le procedure per la prenotazione e l'accesso alle tipologie di prestazioni di cui al primo periodo sono distinte e indipendenti.

3. L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentito nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che adottano un sistema di gestione informatizzata dell'attività medesima, comprese la prenotazione e la fatturazione, che rispettano una corretta informazione al paziente sulle modalità e sui tempi di accesso alle prestazioni assistenziali, che non violano le modalità, le condizioni e il limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscono che la prestazione sanitaria non è più favorevole per i pazienti trattati in regime di attività libero-professionale intramuraria.

4. Le aziende che non hanno provveduto all'informatizzazione e all'aggiornamento periodico delle liste di attesa, all'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il centro unico di prenotazione regionale, con gestione informatizzata delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia, non possono attivare

l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

5. Il rispetto delle disposizioni di cui al presente articolo consente l'accesso alle forme premiali di cui all'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e rappresenta un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei LEA da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

Art. 5.

(Disposizioni finanziarie)

1. Alla copertura degli oneri derivanti dalla presente legge si provvede mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica, da adottare entro il 31 dicembre 2025, che assicurino minori spese, pari a 4.000 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2025 al 2030. Qualora gli interventi previsti al primo periodo non siano adottati o siano adottati per importi inferiori a quelli indicati, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 31 marzo 2025, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, sono disposte la variazione delle aliquote di imposta e la riduzione delle agevolazioni e delle detrazioni vigenti, al fine da assicurare maggiori entrate in misura pari agli importi di cui al primo periodo, ferma restando la necessaria tutela, costituzionalmente garantita, dei contribuenti più deboli, della famiglia e della salute, e prevedendo un limite di reddito al quale la riduzione delle spese fiscali non si applica.

